

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N° 442

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 juin 1900, à 1 heure

Par EMILE COSTE

Né à Verdun (Meuse) le 9 avril 1875.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'HÉMOPHILIE
— HÉMATOMES —

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges | MM. HUTINEL, professeur.
MARFAN et MÉNETRIER, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical*

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

442

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 juin 1900, à 1 heure

Par EMILE COSTE

Né à Verdun (Meuse) le 9 avril 1875.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'HÉMOPHILIE

— HÉMATOMES —

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges { MM. HUTINEL, professeur.
MARFAN et MÉNETRIER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ROUCHARD.
Pat. ologie médicale	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	HUTINEL.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	BRISAUD.
	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (AUG.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	ROGER	WIDAL
BHARRIN	LANGLOIS	SEBILÉAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CORNIL

Médecin de l'Hôtel Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'HÉMOPHILIE
— HÉMATOME —

INTRODUCTION

L'hémophilie (αἷμα, sang ; φιλία, penchant), affection constitutionnelle, le plus souvent héréditaire, offre comme symptômes principaux des hémorrhagies, des ecchymoses et des tumeurs sanguines, des douleurs et des gonflements articulaires, s'accompagnant assez souvent de névroses dont la forme est variable. Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le Professeur Lannelongue, un cas de cette maladie. Notre malade présentait un hématome volumineux au niveau de la cuisse gauche ; il présentait une température élevée, 40° et des ganglions inguinaux engorgés du côté du membre malade. Nous avons cru intéressant de rechercher la cause de cette température, la cause de cet engorgement ganglionnaire et nous avons songé à présenter cette courte étude pour notre thèse.

Mais avant d'aborder ce travail, nous sommes heureux de suivre la coutume, en rendant un public hommage aux maîtres qui dans le cours de nos études médicales, nous ont donné leur science avec leur dévouement.

Et d'abord, M. le Professeur Cornil nous a fait le grand honneur d'accepter la Présidence de notre thèse. Qu'il reçoive l'expression de notre profonde gratitude.

Nous n'oublierons pas nos maîtres de l'Ecole préparatoire de Médecine de Clermont-Ferrand. Ils nous ont inculqué les premiers éléments de Médecine, de Chirurgie et d'Obstétrique. Que tous daignent accepter le vif témoignage de notre reconnaissance.

A Paris, nous avons été, pendant une année, stagiaire dans le service de M. le Professeur Lannelongue. Nous conserverons longtemps le souvenir de son enseignement, et nous sommes persuadé, que dans notre clientèle future, nous aurons souvent à mettre en pratique les sages conseils de notre maître sur les maladies des enfants.

M. le Professeur Cornil, dans le service duquel nous avons été stagiaire bénévole, nous a enseigné l'anatomie pathologique. Nous conserverons aussi longtemps le souvenir de ses savantes leçons.

M. Villemin, chirurgien des hôpitaux, nous a guidé dans le choix de notre thèse ; il a bien

voulu nous donner ses bons conseils. Nous lui en sommes très reconnaissant, heureux de nous souvenir des enseignements qu'il n'a cessé de nous donner pendant l'année passée dans son service.

LES HÉMATOMES CHEZ LES HÉMOPHILES

Historique. — Il sort de notre cadre de faire l'histoire de l'hémophilie. Voyons seulement ce que les auteurs anciens ont écrit sur les hématomes dans cette affection. Cet historique a été bien fait par Gayet (*Gaz. Hebd. Méd. Chir.* 1895) ; nous lui ferons de nombreux emprunts.

Longtemps avant qu'une monographie fût écrite sur ce sujet, Tardieu, dès 1841, publie l'observation d'un malade ayant présenté plusieurs hématomes spontanés des cuisses, hématomes dont la résorption fut toujours spontanée.

Grandidier de Cassel, le premier, publia une

étude d'ensemble sur la question qui fut reprise en France par Schnepf (*Gaz. Méd.*, 1855) et Fritz (*Arch. Gén. de Médecine*, 1863). Ces auteurs signalèrent des tumeurs volumineuses, douloureuses, accompagnées d'ecchymoses parfois considérables ; leur siège était au thorax et aux membres.

Giraudeau rapporte l'observation d'un enfant de 15 mois présentant une tumeur spontanée, dure, noire à la fesse. Une ponction donna issue à du sang.

Poncet en 1871 (*Lyon Médical*) publie l'observation d'un hémophile atteint de troubles articulaires. A la suite de ces troubles, il eut une tumeur sanguine à la partie interne du genou. Cette tumeur s'ouvrit spontanément.

En 1895, Gayet rapporte deux observations d'hématomes chez les hémophiles ; le premier malade eut un hématome dans la gaine du psoas et présenta des douleurs violentes le long de la cuisse, dans le territoire du nerf crural. Le deuxième malade de Gayet eut un hématome du bras gauche, accompagné de douleurs extrêmement vives. Il présenta une température voisine de 39°. Nous rapportons cette observation à la fin de notre thèse, car elle semble calquée sur l'observation de notre malade.

Etiologie. — Ces hématomes sont-ils dus à

un traumatisme ? Sont-ils spontanés ? Sans vouloir trancher la question, faisons remarquer le peu d'importance que certains malades attachent au trauma ; de plus il suffit d'un trauma si minime que l'on peut, avec Gayet, les considérer comme presque toujours spontanés.

Pathogénie. — Comment expliquer la production de ces collections sanguines ? Lorsqu'elles sont dues à un traumatisme, l'on conçoit assez facilement une rupture vasculaire et l'extravasation du sang dans le tissu cellulaire. Mais lorsque les hématomes sont spontanés, l'on est réduit aux hypothèses. Doit-on mettre en cause une rupture des vaisseaux au niveau d'un amincissement de leurs tuniques ? Schunemann les a vus *par places* très minces et même transparentes. Doit-on mettre en cause une rupture des vaisseaux au niveau d'une oblitération de leur calibre par ces dépôts blancs, opaques, probablement graisseux, que Blayden trouva sur la tunique interne des artères dans une autopsie d'hémophile ? Faut-il simplement en rechercher la cause dans les nerfs vaso-moteurs ? Cette question ne sera vraiment résolue qu'avec la pathogénie de l'hémophilie. A l'heure actuelle, cette pathogénie est encore une grande inconnue, et réduite à des hypothèses.

Cependant, tout dernièrement Finkelstein a

trouvé dans le sang d'un hémophile un bacille court, arrondi à ses extrémités, pathogène pour la souris, qu'il identifie à celui que Koll a décrit dans le purpura. Il serait aventureux d'affirmer que dans cette voie est la pathogénie de l'hémophilie. La pathogénie des hématomes spontanés chez les hémophiles resterait même dans ce cas difficile à expliquer.

Symptômes. — Les hématomes sont précédés de phénomènes de congestion semblables à ceux qui précèdent les hémorrhagies.

Leur apparition généralement rapide, la tension des téguments qui deviennent lisses, brillants, avec exagération du système veineux sous-cutané, les rapprochent du phlegmon diffus ; l'apparition d'une ecchymose diffuse les rapproche de l'hématome traumatique. Cette ecchymose si caractéristique lorsque l'on a affaire à des hématomes superficiels, n'apparaît pas toujours, notamment dans le cas où la collection sanguine se trouve bridée par des aponeuroses (Launay).

Ces collections sanguines déterminent des phénomènes de compression, variables selon leur siège. Elles s'accompagnent de douleurs le plus souvent fort vives. Grenaudier rapporte le cas d'un hématome de la fosse iliaque droite ayant produit des douleurs très vives le long du trajet du sciatique.

Ces hématomes ont des dimensions variables ; si le plus souvent, elles ne dépassent guère la grosseur d'un œuf de poule et sont même moins volumineuses, elles peuvent atteindre des proportions considérables. Wolff cite le cas d'un homme porteur d'une de ces tumeurs à la région maxillaire inférieure, et qui descendait jusqu'à la partie inférieure du thorax. Le Dr Lemp rapporte le cas d'un enfant de cinq ans qui, à la suite d'un léger heurt du côté droit de la face, eut presque instantanément une tumeur sanguine volumineuse ; elle pendait, à la façon d'une poche au devant du thorax et de l'abdomen. Gayet lui-même a observé un enfant de douze ans, présentant une tumeur de ce genre occupant la circonférence du bras et presque toute sa hauteur. (Voir l'observation rapportée à la fin de cette étude). Nous-même avons vu chez notre malade un hématome occupant toute la longueur de la cuisse.

Ces tumeurs sont tantôt dures et rénitentes, tantôt molles et fluctuantes. La palpation de ces tumeurs a donné parfois la sensation d'une fine crépitation.

Les hématomes volumineux s'accompagnent des symptômes ordinaires des hémorrhagies internes : lypothimies, vertiges, fréquence et petitesse du pouls, l'état général du malade dénotant une anémie profonde.

Diagnostic. — Ces tumeurs ont pu être confondues avec des phlegmons, des abcès froids, soit ostéomyélitiques, soit tuberculeux. Leur diagnostic est donc difficile, et le plus souvent, on n'arrivera à les dépister, que par l'examen de l'état général et surtout par les commémoratifs. Les ecchymoses produites autour de ces tumeurs par les palpations ont été considérées comme un caractère propre à les différencier des hématomes qui n'étaient pas liés à l'hémophilie.

Pronostic. — Le pronostic est grave. Si certain malade a pu mourir d'hémorrhagie généralisée à tout le tissu cellulaire du thorax, le plus souvent les hématomes évoluent vers la guérison. Mais ces malades demeurent hémophiles, c'est-à-dire, atteints d'une affection dont la cause n'est pas encore connue et contre laquelle la thérapeutique est peu puissante.

Traitement. — En présence de ces collections bizarres, aux allures phlegmoneuses, avec irradiations douloureuses dans les membres, faudra-t-il intervenir ? Au début, l'élévation du membre, son immobilisation dans une gouttière, une compression modérée seront la base du traitement.

Mais pour les hématomes volumineux où

l'épanchement est trop considérable pour que la résorption soit facile et rapide, ceux surtout où la persistance de la compression nerveuse produit des douleurs vives, on pourra pratiquer la ponction, suivant les conseils de Gayet.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Rochet).

Publiée par Gayet dans la Gazette Hebdomadaire de Médecine
et Chirurgie. 1895.

X... petit malade de 12 ans, est assez bien portant, quoique de constitution frêle et délicate. Depuis un an a présenté des signes d'hémophilie. Il a eu à plusieurs reprises des hémorrhagies sérieuses par le nez et même par les gencives. Ecchymoses faciles.

Un jour sans cause apparente, il est pris de douleurs extrêmement vives dans le bras gauche, avec gonflement rapide des parties molles dans toute la cir-

conférence du membre et dans presque toute sa longueur.

Ce gonflement s'accroît rapidement et quand le médecin revoit l'enfant, 24 heures après sa première visite, il trouva la région extrêmement dure et tendue, avec peau luisante à sa surface et comme une teinte brunâtre dissimulée par dessous. La moindre pression, le moindre contact sur ce tégument tendu à l'excès sont horriblement douloureux. En raison de ce tableau symptomatique, en raison de la température montée aux environs de 39°, le praticien eut peur d'un phlegmon suraigu et fit entrevoir la possibilité d'une opération. La famille se refusa tout à fait à cette proposition et l'on fut obligé d'attendre.

On n'eut pas tout d'abord lieu de s'en repentir, car quelques jours après ce début à grands fracas, l'empâtement avait diminué notablement, les douleurs étaient beaucoup moins vives et une large ecchymose apparaissait le long du bras. C'est alors seulement que le mal fut rapporté à sa véritable origine, l'hémophilie. On en eut bientôt la confirmation.

L'hématome se ramollit au point de donner la sensation d'une immense poche fluctuante, prête à s'ouvrir. Les parents consentirent, cette fois, à l'ouverture de ce qu'ils croyaient être un abcès, et l'incision de la poche ne donna issue qu'à un liquide sanguinolent et à une grande quantité de caillots.

OBSERVATION II

Recueillie dans le service de M. Lannelongue.

V... Lucien, relieur, âgé de 14 ans, entre à l'Hôpital des Enfants-Malades, Salle Giralès n° 20, le 24 novembre 1899.

Antécédents Héritaires. — La mère du petit malade est d'une très bonne santé ; le père de celle-ci fut atteint dès son enfance, d'épistaxis rebelles qui s'atténuèrent avec l'âge ; Il mourut, loin de sa famille à 52 ans, d'accidents mal déterminés. Le peu que l'on sait est qu'il mourut subitement à la suite d'une chute très légère.

Le petit malade a un frère qui jusqu'à l'âge de 20 ans fut atteint de la même infirmité que lui ; ses saignements de nez très fréquents n'ont finit qu'à l'époque de son service militaire qu'il achève actuellement. Un autre frère, et une sœur sont en bonne santé et n'ont jamais présenté de tendance spéciale aux hémorrhagies.

Antécédents personnels. — Jusqu'à l'âge de 10 ans, il ne présenta lui-même, rien d'anormal ; il eut une rougeole légère, qui évolua sans complications, vers l'âge de 5 ou 6 ans. Cependant, il était sujet à des

épistaxis répétées mais ne présentant pas de gravité.

A l'âge de 10 ans, apparaissent des hémorrhagies inquiétantes ; à certains moments, les épistaxis se renouvellent quotidiennement et plusieurs fois par jour, s'accompagnant de maux de tête variables dans leur intensité. Le moindre coup qu'il se donne, le moindre froissement qu'il subit, sont l'origine de suffusions sanguines étendues.

Le 20 juin 1899, il entre une première fois aux Enfants Malades, Salle Baffos, pour une tumeur siégeant à la partie postéro-interne de la cuisse gauche ; cette tumeur est volumineuse, dure, tendue, fluctuante. Malgré la présence des épistaxis, le diagnostic posé fut celui d'abcès froid, et l'on décida de ponctionner cette tumeur. La nature sanguine du liquide fut alors reconnue et le diagnostic fut modifié : hématome chez un hémophile. Il sortit guéri le 20 juillet. Pendant ce premier séjour à l'Hôpital, l'évolution avait été apyrétique.

Le 24 novembre 1899, il se présente de nouveau à l'Hôpital ; son facies dénote l'anémie la plus profonde. Les muqueuses sont décolorées, les lèvres légèrement violacées : les téguments ont la couleur de la cire jaune ; le pouls est fréquent, la respiration est courte ; tout dénote un état général grave, et la figure anxieuse du malade ne fait que confirmer cette opinion. Si l'on découvre l'enfant, on est d'abord frappé par des ecchymoses multiples, sur le tronc à plusieurs points, à droite sur la face interne de la cuisse, sur la crête du tibia

en deux ou trois endroits. Ces ecchymoses de forme variable, ont des teintes diverses variant du jaune au noir.

Sa cuisse gauche est énorme ; les mensurations comparées des deux cuisses donnent :

	Côté sain	Côté malade
Contre le périnée . . .	38 cent.	52 cent.
Au milieu de la cuisse. .	36 cent.	49 cent.
Contre le genou. . . .	28 cent.	34 cent.

Le membre semble renfermer une tumeur appartenant à la région externe, ce qui lui donne un axe curviligne, convexe en dehors, et ferait penser à une fracture du fémur sous-jacente à la tumeur, si l'intégrité du squelette n'était constatée par les mouvements qu'on peut imprimer à la cuisse. Cet énorme manchon qui en enveloppe la moitié externe est de coloration noire, plutôt verdâtre que violacée, avec une teinte rouge sombre vers sa partie centrale.

La tumeur est diffuse, sans limite précises, se perdant en haut dans la fesse, en bas dans le mollet. Le pli de l'aîne et le creux poplité sont comblés et ont disparu ; toute cette masse paraît très tendue, la peau est luisante. La fluctuation y est nette à sa partie moyenne, moins précise sur les bords, où elle est diffuse.

La jambe traduit par un œdème considérable la gêne de la circulation en retour. Et le malade souffre même au repos ; la pression sur la tumeur réveille une vive sensibilité, le moindre mouvement imprimé au membre inférieur fait naître la douleur.

Pendant cet examen, l'enfant se plaint d'essoufflement ; l'auscultation du cœur révèle un bruit de souffle au niveau de l'artère pulmonaire. T. 39°,2.

Cet ensemble symptomatique grave, tant au point de vue général qu'au point de vue local, ne remonte qu'à quelques jours. L'enfant prétend bien avoir reçu un coup de pied à la cuisse, mais ni lui ni ses parents ne semblent y attacher beaucoup d'importance ; et d'ailleurs la tumeur ne s'est développée que 2 ou 3 jours après, et elle ne s'est accrue que lentement et progressivement ; alors des lypothimies, des vertiges, de la céphalée ont apparu pendant que la cuisse prenait de jour en jour un volume effrayant. Les parents alors n'ont plus hésité à le conduire dans le service.

Le membre malade est mis dans une gouttière et on fait une légère compression avec une bande de toile.

Le 26. — La température monte à 40°,2.

Le 27. — La température est à 38°,2. La cuisse est moins volumineuse, la peau moins tendue, moins lisse, moins colorée. Le malade est moins abattu ; il ne souffre plus. Mais les veines de la jambe sont dilatées, et dans le pli de l'aîne on sent facilement des ganglions engorgés.

Le 29. — La cuisse a encore diminué de volume ; la fièvre est tombée. Les ecchymoses qu'il présentait un peu partout sur le corps ont disparu.

Le 4 décembre la coloration de sa cuisse est redevenue normale.

Les 24 et 25 décembre, le malade a des épistaxis peu abondantes que l'on arrête sans difficulté.

Au moment de son départ pour la Roche Guyon, le 22 janvier 1900, sa cuisse n'a pas encore recouvré sa grosseur normale.

Nous avons revu ce jeune malade le 19 mai 1900. Pendant son séjour à la Roche Guyon, il nous dit avoir eu des épistaxis abondantes, et assez répétées qui étaient arrêtées par l'absorption de quinine. Ces épistaxis étaient accompagnées de violents maux de tête.

La cuisse a repris son volume normal, les ganglions inguinaux ont disparu et le jeune malade travaille depuis une quinzaine dans un magasin de reliure. Il y a quelques jours, ses deux coudes ont subi un gonflement, accompagné de douleurs; la peau était rouge et il n'a pu travailler de 4 jours. Ses épistaxis seraient, depuis son retour de la Roche Guyon, moins fréquentes et moins abondantes.

DISCUSSION

I. — Si nous nous reportons aux deux observations que nous relatons, nous trouvons un fait sur lequel les auteurs n'ont pas attiré l'attention : la résorption de ces vastes collections sanguines peut s'accompagner de fièvre : 39° pour le malade de Gayet, 40° pour le nôtre.

Nous allons rechercher la cause de ce phénomène. Lorsqu'à son arrivée dans le service, l'on examina sa tumeur douloureuse, chaude, de couleur rouge sombre vers la partie centrale, on pensa de suite à l'infection de ce vaste hématome et l'on redouta l'intervention, nécessitée par l'apparition de phénomènes phlegmasiques graves.

Il n'en a rien été ; cinq jours après, la tumeur avait diminué de volume, était moins douloureuse et la fièvre était tombée. Les caractères de cette fièvre étaient assez semblables à ceux de la fièvre traumatique aseptique : se produire sitôt après l'accident, durer peu, de trois à quatre jours, ne s'accompagner d'aucun des phénomènes qui traduisent l'intoxication dans les infections microbiennes.

Comment expliquer alors cette hyperthermie si l'infection était écartée ? Fallait-il l'attribuer à l'action nerveuse, aux phénomènes douloureux qui accompagnent ces vastes collections ? Nous ne voulons pas ici trancher la question délicate du rôle du système nerveux dans la pathogénie de la fièvre. Les récentes expériences de M. Ansonneau (de Toulouse) ont montré que dans la fièvre traumatique aseptique, une partie de la température était due à l'action nerveuse. MM. Terrier et Bouilly ont eux-mêmes, soutenu la théorie de la fièvre réflexe. Mais, chez notre malade, nous devions, à côté de ce rôle du système nerveux, chercher une autre cause pour expliquer les 40 degrés de température. La fièvre réflexe, la fièvre traumatique aseptique monte rarement au-dessus de 39.

Nous restions en présence de la théorie de la résorption. Nous avons recherché dans les auteurs si les épanchements sanguins pouvaient produire une élévation de température.

Des expériences de Pillon sur les animaux, il résulte que les contusions avec hématome circonscrit s'accompagnent d'élévations de température de 0°5, à 1°, atteignant leur maximum le soir du 2^e ou du 3^e jour et durer plusieurs jours, jusqu'à 15.

D'après le même auteur, la fièvre accompagne 60 0/0 des cas de fracture simple ; l'hyperthermie débute constamment le soir du premier jour, sa durée est variable, de 3 à 12 jours ; la température n'a jamais dépassé 38°4.

Les épanchements sanguins dans les séreuses s'accompagnent souvent de température. Les hémarthroses produisent une élévation de 1°, 1°5 et parfois même de 2°.

Les épanchements de sang dans le péritoine et leur résorption peuvent donner lieu, chez les cobayes à une fièvre réellement aseptique. Les expériences cliniques d'hématocèle péri-utérine prouvent qu'il en est de même chez la femme. Cette élévation de température est souvent peu élevée, 37°5 ou 38, rarement 39° et sans jamais les dépasser, s'accompagnant parfois d'une légère réaction péritonéale.

M. Tuffier a vu les épanchements dans la plèvre, les hémothorax s'accompagner d'hyperthermie. De Rouville et Delezenne ont montré que les effets thermogènes se manifestent après l'injection de sang dans le tissu cellulaire sous-

cutané, comme dans les grandes cavités séreuses, le péritoine ou la plèvre.

Enfin, nous avons trouvé, ce qui se rapporte plus encore à notre sujet, que la section sous-cutanée de vaisseaux, faite aseptiquement a donné lieu à la production d'hématomes avec fièvre, entre les mains de Pillon et d'Augerer. L'hyperthermie est d'environ un demi-degré ; elle apparaît rapidement, le soir du premier jour, et dure environ 24 heures ; elle a disparu, alors que la plus grande partie de l'épanchement reste encore collecté et infiltré.

Restait à rechercher quelle était cette substance thermogène ? Nous ne trancherons pas cette question si délicate ; nous nous bornerons à signaler les recherches des auteurs à ce sujet.

Faut-il incriminer l'acide urique ? Certains auteurs l'ont pensé.

Quelques auteurs attribuent la fièvre aseptique à la destruction d'un grand nombre de globules, mettant en liberté une grande quantité de fibrin-ferment que M. Schmidt et ses élèves ont trouvé dans le sang des fébricitants ; le fibrin-ferment, même en petite quantité dans le sang, donne la fièvre et celle-ci est l'effet de la réaction de l'organisme contre le ferment (Edelberg).

Schmitzler et Ewald ont trouvé dans les hématomes, la nucléine, mise en liberté par la dégénérescence des noyaux de cellules ; ils l'ont tout

d'abord incriminée, puis ils ont fait jouer un rôle aux albumoses qu'on trouve également dans les épanchements de sang, et dont l'action thermogène est connue.

Pillon, (*Pr. Méd.*, 1897), a soutenu que la fièvre aseptique, pouvait dans certaines circonstances, être due à la sécrétion des globules blancs vivants ou altérés, contenus dans les liquides épanchés ; il base cette théorie : 1° sur l'observation d'une hyperthermie considérable, coïncidant avec la présence de leucocytes en très grande abondance dans un épanchement, 2° sur ce fait expérimental que l'injection de leucocytes vivants en eau chlorurée, à un lapin lui donne la fièvre. Les sécrétions ou produits de sécrétion des globules blancs sont pyrétogènes, et les globules rouges contiennent au moins une substance thermogène, l'hémoglobine, (Castellino, Laurent).

Le degré de l'hyperthermie dans cette fièvre traumatique aseptique n'est pas toujours dans un rapport direct avec le volume de l'épanchement. Elle dépend : 1° de la composition du sang extravasé, de la teneur en pyrétogènes, et de la nature de ces substances ; 2° de la rapidité de la résorption ; 3° du degré et du mode d'irritation des terminaisons nerveuses périphériques.

Mais la résorption du sang n'est pas la seule cause d'hyperthermie dans la fièvre aseptique. Dans les cas où l'on a affaire au traumatisme elle

résulterait aussi pour Wolkmann de la résorption de produits pyrétogènes provenant de l'élimination des éléments anatomiques dont la vitalité a été brusquement abolie. Plus récemment pour M. Gangolphe, les éléments cellulaires, troublés dans leur vitalité, sécrèteraient des substances pyrétogènes dont la résorption produit l'hyperthermie.

II. — Notre petit malade a de plus présenté un phénomène dont l'explication reste assez difficile : il a eu le troisième jour de sa maladie une adénite inguinale du côté malade. Si cependant les dernières recherches dans la pathogénie de l'hémophilie trouvaient une vérification, la difficulté serait moindre. Finkelstein, il y a peu de temps, fit l'examen bactériologique du sang d'un enfant mort d'hémophilie ; le liquide pris pendant la vie resta stérile.

Après la mort, le sang puisé dans divers organes, outre un bacille pyocyanique, donna dans les cultures un gros bacille, court, arrondi à ses extrémités, entouré d'une capsule peu distincte, et provoquant chez la souris une septicémie mortelle et chez le lapin, par injection intra-péritonéale, une diathèse hémorrhagique type. Finkelstein considère ce microorganisme comme l'agent spécifique de l'hémophilie et l'identifie à celui que Kolb a décrit dans le purpura. Ce dernier, également introuvable pendant la vie, rappelle un peu le bacille typhique,

mais est immobile ; il croît sur les milieux artificiels ordinaires, à air libre ou dans le vide : il est très pathogène pour la souris et donne le purpura au lapin et au chien ; les cultures stérilisées et filtrées, ne renfermant plus de microbes et injectées dans la cavité abdominale du lapin, donnent des hémorrhagies à la dose de un ou deux centimètres cubes.

Si ces expériences étaient démontrées vraies, la présence de ces bacilles dans ces vastes hématomes, leur transport par les vaisseaux lymphatiques, leur arrêt dans les ganglions, seraient une succession logique de phénomènes dont l'explication serait simplifiée.



CONCLUSIONS

I. — Les hématomes dans l'hémophilie, sont traumatiques ou spontanés ; ils peuvent atteindre un volume considérable.

II. — Si le plus souvent, l'évolution de ces hématomes est complètement apyrétique, l'on peut cependant rencontrer des cas où l'ascension thermique est élevée.

III. — Une partie de cette hyperthermie peut être expliquée par les phénomènes douloureux qui accompagnent ces vastes collections sanguines.

IV. — Une autre partie de cette hyperthermie doit être expliquée par la résorption des éléments pyrérogènes du sang et de ceux sécrétés par les

éléments anatomiques dont la vitalité a été troublée à la suite de la compression due à ces vastes collections sanguines.

V. — En présence d'un malade hémophile, présentant un hématome volumineux, et une ascension thermique, le chirurgien devra s'armer de patience. L'immobilisation du membre, une légère compression pourront suffire à amener la guérison.

Vu par le président de la thèse
CORNIL

Vu : le Doyen
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Bordmann. — De l'hémophilie ou de la diathèse hémorrhagique congénitale (Th. Strasbourg, 1851).

Bouchard. — De la pathogénie des hémorrhagies. (Th. Ag. Paris, 1869).

Bureau. — Essai sur l'hémophilie. Th. Paris, 1875.

Cadet de Gassicourt. — France méd., 1876.

Castan. — Montpellier Méd., 1869.

Charrin. — Des hémorrhagies. (Traité de Path. Gén., publié par Bouchard).

Comby. — Maladies de l'Enfance. Hémophilie.

- Darblade.** — De l'hémophilie. Th. Paris, 1863.
- Dechambre.** — (Dict. de). Art. hémophilie.
- Dequevauviller.** — De la disposition aux hémorrhagies et des signes au moyen desquels on peut la prévoir. (Th. Paris, 1844).
- Fritz.** — Hémophilie. Arch. gén. de médecine, 1863.
- Gangolphe et Courmont.** — Arch. de méd. expér., 1891.
- Gautier (A.).** — Les toxines microbiennes et animales, 1896.
- Gayet.** — Etude des arthropathies et des hématomes dans l'hémophilie. (Gaz. Hebdomadaire de médecine et chirurgie, 1895).
- Gintrac (E.).** — Hémophilie. In path. int., 1853.
- Gintrac (H.).** — Nouv. Dict. de Méd. et de Chir., prat. Art. : hémophilie.
- Giraudeau.** — De l'hémophilie. Th. Paris, 1866.
- Grandidier.** — De dispositione ad hoem, leth. hered. Cassel, Dissert inaug., 1832.
- Grandidier.** — Die Hémophilie oder die Blutkrankheit, Cassel, 1875.
- Grenaudier.** — Contribution à l'étude de l'hémophilie. Th. Paris, 1882.
- Guinon.** — Fièvre. (Traité de Path. Gén. publié par Bouchard).
- Hallopeau.** — Traité de Path. Générale.
- Hernandez.** — Hémorrhagies successives. Hémophilie. Th. Paris, 1884.
- Hayem.** — Soc. Méd. des hôpitaux de Paris, 1889.
- Hayem.** — Du sang.

- Jaccoud.** — De l'hunorisme ancien comparé à l'hunorisme moderne (Th. d'Agrég., 1863).
- Lancereaux.** — Traité d'anatomie pathologique.
- Lapeyre.** — Recherches sur la nature de l'hémophilie. (Th. Paris, 1875).
- Launay.** — Contribution à l'étude des arthropathies et des hématomes chez les hémophiles. (Th. Paris, 1899).
- Pillon.** — Fièvre traumatique aseptique. Presse Méd. 27 mars 1897.
- Pillon.** — Soc. de Biologie, 1896.
- Poncet.** — Lyon médical, 1871.
- Quinquaud.** — Chimie pathologique du sang, 1880.
- Resal.** — Quelques pages sur l'hémophilie. (Th. Paris, 1861).
- Schnepf.** — Recherches historiques sur l'hémophilie. Gaz. Méd., 1855.
- Simon (E.).** — De l'action nerveuse dans l'hémorrhagie spontanée. (Th. Paris, 1874).
- Simon (F.).** — De l'hémophilie. (Th. Paris, 1874).
- Tardieu.** — Arch. gén. de Médecine, 1841.
- Villemin.** — L'hémophilie. Gaz. des Mal. Infantiles, janv. 1900.
- Wolff.** — De la diathèse hémorrhagique héréditaire. (Th. Strasbourg, 1844).

